Auftrag

Original (Labor-Auftragsbegleitschein)

KIMMEL ZAHNTECHNIK

Zahnarztpraxis (Stempel)

Auftraggeber/in: .....

Datum | Beleg-Nr.

Herr / Frau (Bitte in Druckbuchstaben)

Nachname _____

Vorname _____

Pat.-Nr. _____ Alter _____

Bitte Befund und Versorgungsart eintragen!

ausführen nach KVA mit der Auftrag-Nr.:

_____

☐ **Kasse** ☐ Regelversorgung ☐ Härtefall

☐ **Privat** ☐ Gleichartig ☐ Andersartig

Ausführung: ☐ Z-ART® Design ☐ CLASSIC (STANDARD) ☐ SympaDent®

XML Nr.: ☐ **gesendet per Email/Fax**

Digitale Daten (IOS, Bilder: ☐ **per Upload** ☐ **per Email**

Therapieplan																
Regelversorgung																
Befund																
Okklusionsprotokoll	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Shimstockfolie +/-	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
Regelversorgung																
Therapieplan																

Zahnfarbe:

.....

☐ Indiv.Farbzettel

☐ Fotos

Stumpffarbe: .....

Farbauswahl

☐ von Techniker

☐ von Praxis

☐ Indiv. Bemalung

K / B = Krone / Brückenglied
M = vollverblendet
V = vestibulär oder teilverblendet
I = Inlay (1,2,3,mehr-fläche)

PK = Teilkrone / Veneer
A = Adhäsivbrücke(Anker,Flügel)
St = Stiftaufbau
S = Implantatgetragende Suprastruktur

T = Teleskopkrone
O = Geschiebe /Steg
R = Wurzelstiftkappe
H = Halte /Stützvorrichtung

E = Zahn ersetzen
– = Verblockung
)(= Lückenschluss
ww = wurzelbehandelt

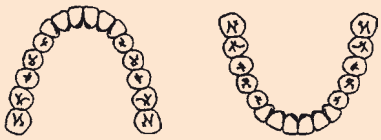
Planung & Prothetik

- ☐ Kombiarbeit auf 1. indiv. Abformung
- ☐ Reiseprothese (Duplikatprothese Kst.)
- ☐ Indiv. Zahnfleisch
- ☐ Zentrik-Registratträger (Kst.)
- ☐ Kauebene idealisieren
- ☐ Bisshöhe: .....
- ☐ Pfeilwinkel-Registrat
- ☐ Implantatplanung ☐ 3-D navigiert
- ☐ Staub Cranial Prothetikanalyse

AB = ____ BC = ____ BCI = ____

Modellguss & Reparaturen

R OK L R UK L



- ☐ gegos. Basisteil ☐ Klammer gegos.
- ☐ Gaumenfrei ☐ Retention gegos.
- ☐ Transversal ☐ Netzeinlage gegos.
- ☐ Coverdenture vest.-offen/geschl.

Kronen / Brücke / Implantat

☐ Wax-Up ☐ Mock-Up

.....

- ☐ Mesostruktur (Brücke / Steg)
- ☐ verschraubt
- ☐ zementiert

Implantat: .....

Abutment ☐ indiv. ☐ konf.

.....

Materialangaben

- ☐ Hochgold ☐ Spargold
- ☐ NEM ☐ Galvano
- ☐ Zirkon (Z) ☐ PMMA
- ☐ PEEK ☐ Hybrid-Keramik
- ☐ Lithium-(Di-)Silikat (LS) .....
- ☐ Sonderkst. .....

Abutment: .....

Geschiebe: .....

☐ Friktionshilfe .....

☐ **Bitte Rücksprache mit**

_____

_____

_____

_____

☐ **Weitere Arbeitsschritte siehe Rückseite!**

TERMINE ☐ **siehe Voranmeldung**

Bitte alle geplanten Termine eintragen! (siehe Labor-Terminliste)

Arbeitsschritt	Datum	Uhrzeit
1. Modelle / Planung		
2. Farbauswahl Prothetikbesprechung		
3. Indiv. Löffel offen / geschlossen		
4. Bissregistrat		
5. Aufstellung/ Ästhetikanprobe		
6. Gerüstanprobe		
7. Rohbrand / Gesamtanprobe		
8. Fertigstellung		

Arbeitsunterlagen angeliefert

Abformung OK..... UK.....

Situmodelle OK..... UK.....

Arbeitsmodelle OK..... UK.....

☐ Bissregistrate .....

☐ Gerüst/Prothese OK..... UK.....

Desinfiziert ☐ Ja

☐ GB Ü-Tisch/Gelenk:.....

☐ FAL / Okkl. Protokoll:.....

☐ Röntgendaten / DVT

☐ Allergiepass

☐ Fotos ☐ per email ☐ USB Stick

Implantatteile

☐ OP-Protokoll

☐ Abd.-Pfosten

☐ Schrauben

☐ Abutments

Eingangskontrolle Büro

am..... von .....

.....

Auftragsprüfung Technik .....

Auftraggeber/in (Unterschrift)

.....

Unsere Produkte erfüllen die grundlegenden Sicherheits-und Leistungsanforderungen für Sonderanfertigungen nach Anhang1 der MDR Verordnung (EU) 2017/745.
Änderungen und Nebenabsprachen zum Auftrag werden dokumentiert und erfordern gegebenenfalls eine Auftragsbestätigung. (QM - Version 2021/09)

Kimmel Zahntechnik GmbH · Ernst-Abbe-Str. 14 · 56070 Koblenz · Telefon 0261-98444-0 · Fax 0261-98444-14 · buero@kimmel-zahntechnik.de · www.kimmel-zahntechnik.de

Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. · Standorte: Koblenz - Bad Kreuznach - Bad Marienberg - Andernach - St.Sebastian(D) - Troisdorf